



Rick Scott  
Governor

H. Frank Farmer, Jr., M.D., Ph.D.  
State Surgeon General

## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de **su nombre** en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento; Empaste\_\_\_\_ Puentes\_\_\_\_ Coronas\_\_\_\_ Extracción de Dientes\_\_\_\_  
Extracción de Dientes Impactados\_\_\_\_ Anestesia General\_\_\_\_ Conducto Radicular\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
(Iniciales\_\_\_\_\_)

2. FARMACOS V MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa)  
(Iniciales\_\_\_\_\_)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarias.  
(Iniciales\_\_\_\_\_)

4. EXTRACCION DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes \_\_\_\_\_ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante a después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.  
(Iniciales\_\_\_\_\_)

5. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO V HUESO)

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de las encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal.  
(Iniciales\_\_\_\_\_)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Joan M. Colfer, M.D., M.P.H., Director**

3339 East Tamiami Trail ♦ Suite 145  
Naples, Florida ♦ 34112  
Telephone (239) 774-8200



Mailing Address:  
Post Office Box 429  
Naples, Florida ♦ 34106-0429